

KOMPAKT KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt Gastroenterologie	Seite
<i>Komplikationen einer Rotavirus-Infektion</i>	
Auch schwere neurologische Symptome sind möglich	2
<i>Unkomplizierte Appendizitis</i>	
Transumbilikale laparoskopisch assistierte Appendektomie ist sicher	4
<i>Darmmikrobiom bei Sichelzellanämie</i>	
Stark veränderte Darmflora korreliert mit schlechter Lebensqualität	5
► Schwerpunkt Pneumologie	
<i>Stationäre Behandlung kritischen Asthmas</i>	
Dexamethason erweist sich als mögliche Alternative zu Methylprednisolon	6
<i>Makrolidresistente Mycoplasma pneumoniae-Infektionen</i>	
Moxifloxacin ist sicher und gut verträglich	6
<i>Cystische Fibrose aufgrund von Nicht-F508del-Mutationen</i>	
Daten belegen Wirksamkeit der Dreifachkombination aus CFTR-Modulatoren	8
<i>Knochengesundheit bei Cystischer Fibrose</i>	
Osteoporose besteht auch nach einer Lungentransplantation weiter	9
► Hämatologie	
<i>Orale Mukositis durch Chemotherapie</i>	
Orales Zink nicht wirksam, weitere Studien aber gerechtfertigt	10
<i>Vasookklusive Schmerzepisoden bei Sichelzellerkrankheit</i>	
Noch offene Fragen beim Einsatz von Ketamin	10
► Infektiologie	
<i>Febrile Infekte bei Kindern</i>	
Drei Biomarker erleichtern die Unterscheidung zwischen Viren und Bakterien	10
<i>Osteoartikuläre Infektionen bei Kindern</i>	
Bessere Diagnostik, weniger Komplikationen	12
► Neuropädiatrie/Psychiatrie	
<i>Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie</i>	
Starker Anstieg bei Mädchen zwischen 10 und 14 Jahren während der 2. Welle..	15
<i>Pädiatrischer konvulsiver Status epilepticus</i>	
Verzögerungen bei der Behandlung vermeiden	15
► Sonstiges	
<i>Koronararterien-Aneurysma bei Kawasaki-Syndrom</i>	
Wann besteht ein geringes Risiko?	12
<i>Screening auf Familiäre Hypercholesterinämie</i>	
Früherkennung ist im Modell kosteneffektiv	14
<i>Einführung der Treat-All-Strategie bei HIV</i>	
ART-Versorgung von Kindern ist nach wie vor unzureichend	14
<i>Chronische Nierenerkrankung bei Kindern</i>	
DKK3 im Urin sagt kurzfristige Verschlechterung der Nierenfunktion voraus.....	15
► Industrie	16

Editorial

Sehr verehrte Leserinnen und Leser,

Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat sich der medizinischen Qualität verschrieben. Die Qualität medizinischer Behandlungen entscheidet sich an der Erfahrung des Teams: Je größer die Patientengruppe, desto höher wird die Qualität der Versorgung. Das Thema Mindestmengen gewinnt daher seit Jahren an Bedeutung.

Das wichtigste pädiatrische Thema ist in diesem Zusammenhang die neue G-BA-Vorgabe, dass Level-1-Zentren, also Kliniken, die die kleinsten Frühgeborenen versorgen dürfen, ab 2024 jährlich mindestens 25 extrem Frühgeborene mit <1250 g Geburtsgewicht versorgen müssen – anstelle von bislang mindestens 14. Gibt eine Region diese Zahl nicht her, so muss das Zentrum schließen. Jedem Laien erschließt sich, dass nur eine gewisse Routine eine hohe medizinische Qualität garantiert. Zumal bei solch einer vulnerablen Patientengruppe am Rande der Überlebensfähigkeit.

Wenn man es zu Ende denkt, ist das Thema aber komplexer, als dass es mit einer Mindestmenge beschreibbar wäre. In Baden-Württemberg würde die Umsetzung dieser G-BA-Richtlinie vermutlich die Schließung von 11 Level-1-Zentren bedeuten. Das ist die Hälfte aller derzeitigen Einrichtungen dieser Art.

Selbst dem Laien drängt sich daher die Frage auf, ob die verbleibenden Kliniken die Mehrbelastung schaffen können. Nicht wenige dieser großen Zentren sagen hinter vorgehaltener Hand: „Nein, das werden wir nicht schaffen.“ Zumal nicht nur ein paar Dutzend Frühgeborene mehr versorgt werden müssen. Auch alle Risikoschwangeren mit Geburtsbestrebung müssen ab diesem Zeitpunkt in die verbleibenden Zentren gelegt werden. Die Personalnot und auch die baulichen Gegebenheiten lassen vielerorts aber keine deutlichen Steigerungen zu.

Man kann entgegenen, dass man Patienten räumlich flexibler handhaben muss. Und extreme Frühgeborene können ja nach einiger Zeit wieder in die heimatnahe Klinik zurückgelegt werden. Doch auch dies erweist sich als nicht durchdacht. Ökonomisch lohnt sich nur ein Level-1-Zentrum. Viele Kliniken werden dann auch kein Level 2 schaffen, da es

sich nicht trägt. Dann können die extremen Frühchen eben nicht mehr heimatnah zurückgelegt werden und der Abfluss stockt. Ein extrem früh geborenes Kind liegt schließlich 8–12 Wochen in einem Klinikbett.

Und noch eine weitere Variable ist in die Gleichung „Hohe Patientenzahl = hohe Qualität“ nicht eingegangen. Handelt es sich nämlich um Notfallpatienten, so können sie nicht immer geplant und wohlortiert an Zentren gelegt werden. In der Geburtshilfe ist es die Regel, dass extreme Frühgeborene oder auch andere neonatale Notfälle wie Asphyxien ungeplant und plötzlich auf die Welt kommen. Für eine Verlegung bleibt keine Zeit. Wenn nun viele Kinderkliniken kaum noch Erfahrung mit schwerkranken Frühgeborenen haben, wo bleibt dann die Qualität für diese Patienten? Dieser Aspekt bleibt in der obigen Gleichung unberücksichtigt.

Doch es gibt Lösungsvorschläge. Beispielsweise kann man die Level-Definition ändern und nur die äußerst extremen Frühgeborenen an den ganz großen Zentren behandeln lassen. Ein wissenschaftlich belegter Nutzen ist ohnehin nur für Frühgeborene <750 g begründbar.

Solch eine weiter gedachte Sicht, die auch dem allgemeinen Wunsch nach mehr Qualität entspricht, passt auf ein DIN-A4-Blatt. Kommt sie auch beim G-BA und der Politik an? Können wir eine gemeinsame und zu Ende gedachte Lösung finden – eine Lösung im Sinne des Patienten?

Patrick Jernig